

邑南町デイキャンプ事故検証委員会報告書

令和6年3月

邑南町デイキャンプ事故検証委員会

目 次

はじめに	1
1 事故検証委員会について	1
(1) 事故検証の目的	1
(2) 事故検証委員会の設置	1
(3) 事故検証委員会の検証方法	2
(4) 事故検証委員会の開催経過	2
2 事故検証について	3
(1) 事故の概要	3
(2) 発生時の状況	4
(3) 事故後の状況	4
3 事故原因及び課題とその分析について	4
(1) 事業計画までの準備について	5
(2) 事業計画について	5
(3) 事業当日の対応について	6
4 事故再発防止策について	8
(1) 日常における危機意識、安全意識の徹底について	8
(2) 事業計画について	9
(3) 事業開催事前打合せについて	10
(4) 事前準備段階での役割（分担）の確認について	11
(5) 事業実施について	12
(6) 事故発生時の事業継続の可否の判断権者と判断基準について	12
(7) 事業終了後対応について	13
5 提言	14

参 考

資料1	邑南町デイキャンプ事故検証委員会委員名簿	15
資料2	邑南町デイキャンプ事故検証委員会条例	16
資料3	邑南町デイキャンプ事故 位置図 1から4	18
資料4-1	事故事実経過 8月24日まで	22
資料4-2	事故事実経過 8月24日当日	25
資料5	検証にあたっての基本的な考え方	30

はじめに

令和5年8月24日、島根県邑智郡邑南町内にあるレジャー施設「瑞穂ハイランド」（以下「当該レジャー施設」という。）を会場に日貫公民館及び市木公民館が主催したデイキャンプ（以下「当該事業」という。）において、当該レジャー施設が手作りウォーターライダーと呼んでいる遊具（以下「当該遊具」という。）使用時に児童同士が接触し、その後一人の児童（以下「当該児童」という。）が死亡するという重大な痛ましい事故が発生した。

この事故が発生したことにより、当該児童の御家族に深い心痛を与えることになったばかりでなく、町民の皆様の安全・安心を脅かすことになったことは、遺憾の極みである。

事故検証委員会においては、邑南町だけでなく、他の地域においてもこのような事故が二度と発生しないようにするため、事実関係を明らかにした上で、事故発生の原因の分析及び検証を行うとともに、再発防止策を検討し、今後取り組むべき課題等に対して提言を行った。本報告書は、今後、このことが声掛けだけで終わるのではなく、邑南町の危機管理、安全管理の指針とするために取りまとめたものである。また、各委員は専門的分野を含めて様々な視点から事例を交えた発言をしているため、これまでの事故検証委員会会議録も是非参考にさせていただきたい。

なお、専門用語等については、頭に「*」をつけ、文書のブロックごとの末尾に「*」で解説を入れた。

1 事故検証委員会について

(1) 事故検証の目的

本検証は、今回の不幸な当該児童の死亡事故について事実関係の把握を行い、当該児童やその御家族の視点に立って発生原因を分析することにより、必要な再発防止策を検討するために行うものである。

(参考)

- 教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について
(平成28年3月31日付け 府子本第191号、27文科初第1778号、雇児総発0331第6号、雇児職発0331第1号、雇児福発0331第2号、雇児保発0331第2号)

(2) 事故検証委員会の設置

国は、上記参考のとおり、平成28年3月31日付けで内閣府、文部科学省及び厚生労働省の担当課長・参事官の連名で通知を発出し、地方自治体が行う死亡事故等重大事故の検証を実施する際の基本的考え方、検証の進め方等を示した。邑南町は、この

ことを踏まえ、令和5年10月4日付けで「邑南町デイキャンプ事故検証委員会条例」を制定し、本件事故の検証と再発防止のための措置に関して必要な事項について調査審議するため、邑南町デイキャンプ事故検証委員会を置いて、事故の検証を行うこととした。

(3) 事故検証委員会の検証方法

- ① 検証を行うに当たり、邑南町デイキャンプ事故調査チームから事故に関する情報提供を求めるとともに、ヒアリング等を行い、情報の収集及び整理を行った。
- ② 現地調査を含む必要な調査を実施し、事実関係を明らかにするとともに事故発生原因の分析等を行った。
- ③ 事故発生前・発生時の状況、発生後の対応等に係る問題点や課題を明らかにし、再発防止のために必要な改善策を検討した。
- ④ 事故が発生した背景、対応方法、組織等の問題等、抽出された問題点・課題を踏まえ、その解決に向けての具体的な対策を講ずべき提言を行った。

(4) 事故検証委員会の開催経過

ア 事故現場 現地調査

令和5年11月2日(木)12時30分～13時30分

島根県邑智郡邑南町内レジャー施設「瑞穂ハイランド」

イ 第1回 邑南町デイキャンプ事故検証委員会

令和5年11月2日(木)14時～15時50分

議題

1 邑南町デイキャンプ事故について

- (1) 事故調査チームの報告
- (2) 質疑応答
- (3) 意見交換

ウ 第2回 邑南町デイキャンプ事故検証委員会

令和5年12月27日(水)13時～14時50分

議題

1 第1回デイキャンプ事故検証委員会について

第1回委員会時の未回答項目の書面回答を含む補足確認、質疑事項

2 発生原因の分析等 時系列的に

(1) デイキャンプ事業計画の時

(2) デイキャンプ事業実施中

・開会時 ・事故発生前 ・事故発生時 ・事故対応時 ・閉会時

(3) デイキャンプ事業終了後

エ 第3回 邑南町デイキャンプ事故検証委員会

令和6年1月30日(火)13時～14時44分

議題

1 第2回事故検証委員会時の未回答項目について
確認、質疑

2 事故再発防止策の検討、提言について

(1) 日常における危機意識、安全意識の徹底について

(2) 事業計画について

(3) 事業開催事前打合せについて

(4) 事前準備段階での役割(分担)の確認について

(5) 事業実施時について

(6) 事故発生時の事業継続の可否の判断権者と判断基準について

(7) 事業終了後、復命書のあり方について

オ 第4回 邑南町デイキャンプ事故検証委員会

令和6年2月29日(木)13時～14時26分

議題 邑南町デイキャンプ事故検証委員会報告書について

カ 邑南町デイキャンプ事故検証委員会報告書提出

令和6年3月26日(火)

2 事故検証について

(1) 事故の概要

令和5年8月24日(木)、14時25分頃、当該レジャー施設で実施した当該事業中、当該遊具で遊んでいた児童同士が衝突したことにより、一人が転倒し、意識不明の重体となったため、ドクターヘリで医療機関に搬送された。

搬送された当該児童は、翌日17時前に搬送先の病院で死亡した。

ア 施設概要

当該遊具は、芝生の斜面に長さ 25 メートル、幅 1 メートルのくぼみを作り、その上にビニールシートを敷いて水を流すという手作りの簡易であるウォーターライダーのようなものである。元来、当該遊具使用時の注意事項に関する看板が設置されていたが、事故当日にはこれが剥がれており、注意事項に関するものはなかった。

イ 当該児童について

当該児童は、小学校 3 年生の男子児童である。

(2) 発生時の状況

当該事業参加児童 10 人のうち、当該遊具を利用していたのは 2 人の児童、そのほかに当該遊具周辺に 2 人の児童がいた。また、参加スタッフ 8 人のうち、1 人のスタッフが当該遊具周辺で見守りをしていた。

当該児童が当該遊具のゴールから 2～3 メートル手前でゴールに向かって左側に座っていたところ、上から滑ってきたほかの児童が接触し、本件事故が発生した。

(3) 事故後の状況

当該児童は、自力で当該遊具を出て、泣きながら正座していたが、直後に頭を伏せるような体位をとった。その後も当該児童が泣き続けていたため、見守りをしていたスタッフと交代したスタッフが当該児童を抱えてテントまで移動した。事故発生から 8 分経過後には当該児童は自分の額をトントン叩き、その後はボーッとしていた。このとき、交代したスタッフは、寝る前の状態と判断し、当該児童が熱中症であると思ったと証言している。

さらに、事故発生から 20 分後に当該児童がいびきを伴った就寝状態となり、同 36 分後には現場に到着した当該児童の父親が当該児童の呼吸がないことに気が付き、直ちに人工呼吸及び胸骨圧迫（心臓マッサージ）を開始した。

事故発生から、約 1 時間経過後現場に救急車が到着し、3 時間 50 分経過した後にドクターヘリで出雲市内の病院に搬送された。

3 事故原因及び課題とその分析について

(1) 事業計画までの準備について

自然体験活動の経験値が低い職員が当該事業を提案しており、当初の計画段階にはなかった危険度の高い当該遊具については、下見後に午後のフリータイムで実施することとした。バギー体験については、8月上旬に日貫自治協議会が費用を支出できることとなったので、体験することとした。

また、当該事業の担当者は、実地踏査を行った上でのスタッフ会議をしていないばかりか、アクティビティについて体験していなかった。このため、危険に対する認識がなかったため、安全対策をしなければならないという思いに至らなかったことが事故の背景にあると考えられる。

(2) 事業計画について

事業計画については、活動プログラム内容、場所等が曖昧であり、企画段階で事業のテーマや目的、対象者を設定していなかった。また、特別な支援が必要な児童が参加する中、スタッフ配置を十分に検討しないととも、参加児童と保護者に対する十分な説明を行わないまま事業の実施に至った。

計画書作成段階において、特記事項として、「けがや具合の程度に応じて救急処置を行う。また、必要に応じて消防へ連絡、病院へ搬送する。その際、公民館主事はこれに同行し、学びのまち推進課長（連絡が取れない場合は補佐）に報告する。」と記載しただけで、スタッフがこれを見る機会がなく、情報共有をしていなかった。

当該レジャー施設担当者が当該遊具の使用を提案した時点において、当該事業の担当者は、そのリスクについて施設の担当者との打合せや検討を実施していないなど、想定されるリスクに対する安全確認の視点が欠如していた。当該遊具の使用については、滑走面が硬いことなどを十分に確認した上で、判断すべきであった。また、*AED（自動体外式除細動器）は、当該施設に設置されていなかった。当該事業の担当者は、AEDの必要性の認識もなく、事前に設置について調査を行っていなかったため、事故発生後に使用することができなかった。

(*AED: Automated external defibrillator の略称で、自動体外式除細動器という。心臓の致死的不整脈（心室細動など）が発生した場合に電気ショックを与え、除細動を行うことでこれを治療し、自己心拍再開率と救命率を向上させる医療機器である。)

通常、多くの施設が心肺停止時に備えてAEDを設置している。現在、心肺停止患者における一般市民向けの救急蘇生法の指針2015（厚生労働省）ではAEDを使用することが基本とされており、心室細動などの致死的不整脈の治療に使用されている。本

件において当該児童が致死的不整脈を発生していたことは、今となっては確認することができないが、もしそうした病態があったときは、本機器が使用できなかったことで標準的な心肺蘇生処置が実施できなかった可能性が指摘される。AED がイベント会場に用意されていなかった点は、極めて残念である。

イベントを開催する者は、発生し得るリスクを検討して対策を講じる必要があるが、リスクがあるという認識を当該事業のスタッフが感じていなかったため、危機予測に関する準備不足は否めない。

当該遊具で発生した事故が重大事案であるという認識が当時の現場になかったことは、この事故が死亡事故に至った要因の一つと考えられるところであり、安全対策、指導体制等を踏まえ、事前に十分な検討を行った上で事業を進めていかなければならなかった。

事業計画の段階においては、当該事業の責任者や安全管理者などの役割を明確にしなければならなかった。しかし、当該事業においては、指揮命令系統が不明確であり、近所の人が集まってちょっと遊びに行こうという軽い気持ちで実施したと感じられる点が多い。事業当日も、現場においてスタッフ間で打合せ等をしなかったため、スタッフ間で参加する児童の特性を共有できていなかった。

また、当該事業については、包括的に見る責任者を置いていなかったため、イベント内容、スタッフの人間関係、参加者の把握などの情報共有が非常に脆弱であった。事故を起こさないためにスタッフがどう関わり、どう声掛けをするのかといったリスク管理が不十分であった。

(3) 事業当日の対応について

ア 開会時について

児童クラブの職員を含むスタッフ全体の事前打合せをしておらず、*オリエンテーション時には自己紹介を実施したのみであり、参加した児童に対する注意事項の説明、やっていいこと、やっていけないことなどを伝えていなかった。

(*オリエンテーション:「方向づけ」の意味があり、新しい環境などに順応させるための「教育的指導」のことである。)

イ 事故発生前について

会場に行ってから当該遊具やバギー体験をすることを初めて知ったスタッフがおり、スタッフ間の情報共有をしていなかった。計画の段階において、必要人数の把握をしていなかった。特にバギー体験については、事前の人員適正配置ができてい

なかったことに加え、スタッフが自ら体験したことにより、管理体制が容易に崩れる素地が存在していた。バギー体験に人手をとられていたこと、当該遊具についてリスク認識に欠如があったために監視するスタッフが一人だったことが重大事故の発生につながったと考えられる。スタッフには、事前の危機管理意識が希薄であった。

ウ 事故発生について

事故が起こった直後は、当該児童の意識があったことから、重大な事故であると認識できなかった可能性がある。しかし、この経過の中、それに気付くチャンスがいくつかあったが、その兆候を拾い上げることができなかった。特にスタッフが当該児童の変化について、「熱中症かもしれないけど、疲れているだけだよ。」という*アンダートリアージをしたことは、見逃すことができない。

(*アンダートリアージ：トリアージとは、災害時や大規模な事故現場などにおいて、負傷者の重症度評価を行うものである。医療機関への受診機会を失わないため、一般にトリアージをオーバーに行うべきとされている。これと逆にトリアージを過少に評価するアンダートリアージは、患者の受診機会を失う可能性があり、望ましくないとされている。)

結果的にすぐに119番通報をしておらず、その後の消防への連絡時に頭を打ったという情報が伝わらなかった。非医療従事者に正しい医学的判断を強いることはできないが、「熱中症」であると認識していたのであれば、生命危機のある病態であると認識できたはずである。一般常識に照らし合わせても「熱中症を見つけたら、早く医療機関に行こう。」という報道がされている中、熱中症と最初に判断した段階で当該事業を一旦中止し、躊躇なく119番通報をすべきであった。

また、事故発生当日、大半のスタッフは、重大事故が発生していたということを知らなかった。このことは、当時重大事案であったという認識が現場になかったこと、及びスタッフ間の情報共有が不足していたことを示している。

エ 事故後の対応について

重大事故が起きた後、大部分のスタッフが公用車の近くにおり、遊んでいる児童たちの見守りが不十分な状況下であったと考えられる。こうした重大事故が発生したにもかかわらず、活動中止の指示を出さなかった。これは、指揮命令系統を構築しないまま当該事業を開催したことに起因するものと考えられる。

また、当該児童の父親が到着して心肺停止に気が付くまで、誰もこの異変に気が付いていないことは、極めて重要な問題点である。さらに、スタッフは、救急車が来るまでの間、父親に代って胸骨圧迫（心臓マッサージ）をしていなかった。

（参考）

心肺蘇生における胸骨圧迫は停止した血液の流れを維持する重要な救命処置であり、救助者の疲れが生じると有効な血液の流れ（心臓マッサージの効果）を維持できなくなる。このため、一般市民向けの救急蘇生法の指針 2015 では、1～2 分程度を目安に交代して絶え間なく質の良い胸骨圧迫を行うことを提案している。

4 事故再発防止策について

（1）日常における危機意識、安全意識の徹底について

イベントを開催するに当たっては、日常業務において危機管理や安全管理に関しての参考となるマニュアルを作成することが急務である。

安全を維持し、事故を未然に防ぐための*安全管理マニュアルを邑南町などの行政機関が作成しておくことにより、事業に関わる者が情報共有として確認することができるとともに、事業遂行時の問題点などをお互い確認することが容易となる。

（*安全管理マニュアル：事故防止の視点で整理されたマニュアルである。）

また、現場においては、文書だけで安全管理等を確認することは困難であり、文書によるマニュアルに加えてチェックリストを作成すると、事故発生時にも即応できるため、効果的である。

さらに、参加者が急病等で急変するなどしたことを想定し、職員が事前に応急手当の能力を身に付けておくことが重要である。このため、邑南町などの体験活動等を行う行政機関や事業所等は、対応想定訓練や実践的に経験するための救護等講習を定期的実施すべきである。特に参加者が意識を失って心肺停止状態に陥ったときの初期対応を正しく行うことができるようにするため、多くのスタッフが一般市民向け*BLS講習（AED講習を含む。）や消防による救護講習等を併せて定期的受講するなど、スタッフが応急手当の能力を身に付けることが重要である。

（*BLS：Basic life support の略称であり、心肺停止に陥った傷病者に対する一次救命処置のことである。高等学校、自動車教習所などにおいて、非医療従事者ではない一般市民向けに講習が行われている。）

指揮権者がスタッフ全員にリアルタイムで情報共有し、事業を実施するためには、LINE や*Slack などの専用の情報共有ツールの活用、携帯電話の電波が届く場所への

移動手段として公用車（緊急車両）の準備、トランシーバーの準備等を位置付けておくことが必要である。

(*Slack：人々をそれぞれ必要とする情報につなげるビジネス用のメッセージングアプリのことである)

また、事故が起きた際にスタッフが落ち着いて正しく行動するための*危機管理マニュアルの作成が必要である。

(*危機管理マニュアル：事故が発生したときなど、不測の事態に対してスタッフが的確な判断と円滑な行動（対応）ができるようにその指針を示したものである。参加者等の安全を確保する体制確立など、その必要な事項を全スタッフが共通に理解するために作成される。)

危機管理においては、有事が発生したとき、その発生を知らせるスイッチを入れることが極めて重要であり、この情報を全スタッフで共有することが必要である。事故が発生したときは、人は動揺して冷静になれないものである。このため、事故発生時の行動を記載した「*アクションカード」を事前に用意しておくこと、誰であっても混乱なく適切に対応できるようになる。アクションカードを作成することにより、そのシートを見て順番に実施すべき対応を遂行することができる。さらに、緊急連絡のフローチャート、現場における負傷者やその親族への対応の心得を盛り込むことにより、迅速で的確な情報伝達が可能となることから、スタッフの意識付けとしても有用である。

(*アクションカード：緊急時に参集したスタッフの「行動指標カード」であり、効率的・効果的に緊急対応を行うためのものである。このカードに記載されている手順に沿って行動することで適正な対応が可能となる。)

くわえて、事故の記録方法などを示すことは、今後の円滑な行動につながるため、個々の対応の共通認識の醸成に寄与するものと考えられる。

(2) 事業計画について

事業計画の起案時には、事業計画の段階で主催団体（当該事業の公民館）が共催団体（当該事業の児童クラブ）等との関係を明確にし、計画の内容を詳細に決める必要がある。

今回、計画時のフリータイムに当該遊具やバギー体験を実施することを記述していなかったが、これらの危険を伴うアクティビティについては、多面的視点で検証の上、その位置付けを熟慮すべきである。予測しないことが発生したときに混乱を回避するため、これらのリスク評価を事前に行うことが重要である。

事業を総合的かつ円滑に進めるため、*事業運営マニュアルの作成が求められており、事業計画書に添付しておく必要がある。

(*事業運営マニュアル：当日の事業についての詳細や指導体制など、事業の安全かつ速やかに遂行するためのマニュアルのことである。)

このマニュアルに現地責任者の配置、指揮命令系統等を明確にしておくことにより、様々な状況に即応することができる。AEDなど救急設備については、会場に設置していることを確認すること、設置してないときは持ち込むことなど、使用器具等の確認事項を記述することが大切である。

また、参加者募集時においては、チラシに活動の危険性や注意事項を記載し、参加者や保護者等の関係者と危機意識を共有するとともに、安心して参加するための担保として保険等の加入について明記することが必要である。

安全管理マニュアルにも共通するが、現場で文書だけで確認することは困難であり、文書に加えてチェックリストを作成することは、事業の進捗状況の確認やその変化などに即応できるために効果的である。

特に共催事業の場合は、事業運営マニュアルに沿って双方向で計画を共有することが重要であるが、責任の所在が不明確になりやすい。このため、主催団体は、共催団体に対して計画の詳細、役割分担、情報共有、指示の在り方などについて文章で依頼することが重要である。また、共催団体は、主催団体からこれらの要請がないときは、自らの役割について主催団体に対して確認しておくことが求められる。

(3) 事業開催事前打合せについて

スタッフは、事業企画に当たって、発生する可能性があるリスクを予測し、設備の安全確認をするため、事業運営マニュアルに基づき、全員で実地踏査の機会を設ける必要がある。特に危険が想定される当該事業のバギー、当該遊具等については、スタッフ全員で事前に体験してみたり、映像などを見ながら共有したりすることが必要である。また、参加スタッフのBLSや救急講習等の受講歴について、事前に確認することが必要である。

事業の説明については、保護者にはもちろん児童に対しても安全教育として発達段階に応じた意識付けを促しておくことが大切である。スタッフは、事業を実施する前に複数回のミーティングを通じ、事業運営マニュアルを基に役割分担表を作成して当日の*ブリーフィングで情報共有をしておくことが必要である。

スタッフは、指揮権者は誰か、事業の大まかな流れ、当日の個々の役割などの確認をすることに加え、各事業の細部に渡り注意すべき点を全員で共有し、最終的に質問を求めて意識統一を図ることが大切である。

(*ブリーフィング：複数のスタッフで行う事業に対し、開始直前にリーダーから情報の共有や意思疎通を図るために実施するショートミーティングのことをいう。要点を絞り、短時間で最終的な事業内容の確認とスタッフ個々の行動内容などを確認する。)

(4) 事前準備段階での役割(分担)の確認について

スタッフは、共通理解のためにも事業運営マニュアルに基づき、企画段階で役割分担の確認をしておくことが求められる。特に全体を俯瞰的に見ることのできる統括者(指揮権者)の設置はもちろん、その下で人員配置する担当者を明確にすることにより、イベントの内容や当日のスタッフの欠席などの変更に伴って、状況に応じた再編成が容易となる。

また、参加者の把握に併せて優先順番を明記した緊急連絡先の確認(連絡先順位を1番、2番、3番などと決めておく。)、児童の食物アレルギーを含めた健康状況の把握、配慮が必要な児童に複数体制で専属者を置く人員配置なども示しておくべきである。

緊急時における主催者側の内部連絡網、参加者の家庭への連絡方法、警察、消防、病院の連絡先の把握や病院等の診療時間などについては、平時の安全管理マニュアル、個別事業の事業運営マニュアル等に位置付けておく必要がある。このことは、危機管理マニュアルのアクションカードに盛り込むと有効である。

参加者急変時の必須器具であるAEDについては、邑南町などの行政機関において設置すべきであるが、地域住民等に心肺蘇生の重要性を周知するためにAEDについて啓発活動等を行い、地域の企業や団体にAEDの設置を促すことが大切である。

*ファーストエイドといわれる家庭でもできる初期対応の準備については、あっても良いが、それ以上のことになると医療機関を受診する必要がある。早期の医療機関受診のため、判断基準を明確に示すなどして、救急車を呼んだり、医療機関に行ったりする判断ができる体制を整備すべきである。

(*ファーストエイド：急な病気やけがをした人を助けるためにとる最初の行動のこと。病院等の医療機関を受診するまでに応急的に実施する処置をいう。)

緊急時の連絡手段の確保は重要であり、携帯電話の電波が届かないときは、電波の届く場所に移動するために公用車(緊急車両)等を配置する必要がある。また、事業

運営マニュアルにおいて、事業実施中にスタッフ間でリアルタイムな情報共有をするためのツールとしてLINE、Slack、トランシーバーなどを位置付け、これを準備することが必要である。

また、スタッフが*KYTといわれる危機予知トレーニングで危険箇所を事前に把握したり、バギー、当該遊具等の危険を伴うアクティビティを事前に体験したりすることは、適切な人員配置を検討するに当たって参考となると考えられる。

(*KYT：危機のK、予知のY、トレーニングのTを組み合わせた言葉であり、職場に潜む危険や解決方法などディスカッションし、危機予知能力、問題解決能力を高める訓練のことである。)

さらに、スタッフ会議等において、危機管理マニュアルに基づく事故対処、応急手当等、事業運営マニュアルに基づく日程プログラム、参加者の特徴把握、配慮が必要な参加者への対応、指導体制、スタッフの役割分担の明確化、用具や装備の確認、緊急時の対応等を確認する必要がある。スタッフ会議等に全員が参加できないときは、認識の共有を図るため、打合せ内容を文書で残し、記録として活用できるようにすることが重要である。

(5) 事業実施について

当日のブリーフィングにおいては、安全管理マニュアルに基づき、気象状況による事業の変更や中止の判断基準、注意すべき箇所の確認、AEDなどの器具や通信機器の動作の確認等を行う。また、事業実施マニュアルに基づき、指揮権者、スタッフの配置や役割分担、事業自体の大まかな流れ、スタッフを含めた参加者の健康や心の状態を確認することが大切であり、特に健康や心の状態については事業開始後も随時把握する必要がある。さらに、事業の実施場所から医療機関までのアクセスについては、事前に確認することが非常に重要である。

オリエンテーションにおいては、参加者の要配慮者とその体調を再確認し、フリップなどで視覚に訴えながら指導員の指示に従うことなどについて注意事項を説明したり、活動に当たっての具体的な取り決めをしたり、危険な箇所を指導員と参加者が一緒に確認したりすることが必要である。

(6) 事故発生時の事業継続の可否の判断権者と判断基準について

傷病者が発生したとき、非医療従事者が医学的異常を正しく判断することは、容易ではない。しかし、心肺停止の患者を認知して適切な応急手当を行うことは、現在、非医療従事者であっても一般社会において必要とされている。自動車運転講習の際に

BLS 実習が行われていることを考えると、スタッフが心肺停止状態の患者を把握して適切なBLSができるようにするため、定期的なBLS講習の受講を行うべきである。

主催者の責任という視点でも、「何かあったら病院に行こう。」という発想が必要である。見えないところにもリスクが潜んでいるという認識をもつとともに、的確な判断をするために指揮権者を置き、指揮命令系統を明確にすることが重要である。また、判断基準に基づいて事故発生時の事業継続の可否についてスタッフ全員で話し合い、アクションカードに基づき事前に決められた事故者への対応や事故者以外の安全確保を行う。指揮権者は、必要に応じて消防署、警察への連絡係に指示することにより、速やかな対応が可能となる。

危機管理マニュアルには、会場の立地条件を加味し、外傷医療における*ゴールデン・ピリオドを踏まえ、事前に邑南町における公立邑智病院のような基幹病院や関係する医療機関に傷病者の受入れを依頼することについて明記することが必要である。

(*ゴールデン・ピリオド：大きなけがの場合、命を奪う病態の大半は「大量出血」である。大量出血の患者は、けがから1時間以内に根本的な止血をしないと救命できないといわれており、この1時間のことをいう。)

(7) 事業終了後対応について

指揮権者は、救急医療につないだ後、事実の確認をしなければならない。一番記憶が鮮明である事故発生直後において、直ちに児童を含めた参加者全員を集めて、事実確認を行うことが重要である。ただし、動揺する児童については、十分に配慮する必要がある。この場合、事務局の職員と担当スタッフが連携して適切に情報収集するとともに、マスメディアを含めた関係機関等に的確な情報を発信する必要がある。危機管理マニュアルには、記録担当者が事故発生の日時場所、人数、氏名、性別、年齢、所属、応急手当の内容等について時系列的に整理し、情報を一元化した上で、広報担当者が関係機関等に情報を発信することなどを示す必要がある。

早い段階で事実経過を残しておくことにより、どこに問題があつて、どこを修正すべきかについて検証が容易となるため、どんな小さなイベントであっても事業の振り返りは大切である。この振り返りは、学校教育の中でも非常に重要視されており、学習指導要領にも位置付けられている。これが危機管理、安全管理、事業運営マニュアルの見直しにつながり、よりよい体制が積み重なることとなる。また、今回のような事故が発生したイベントは当然であるが、事故が発生しなかったイベントにおいても、ヒヤリ・ハットの事例等について事実経過を残し、振り返りを行うことは重要である。

危機管理マニュアルには、事故（災害）現場での事業に参加した当事者の精神的ストレスからの*トラウマを考慮し、メンタルケアとしての振り返りを行うなど、話す機会を提供することについて示しておくことが重要である。

(*トラウマ：個人で対処できないほどの圧倒されるような体験によってもたらされる心の傷のこと。精神的外傷のこと。)

5 提言

今回のような不幸な事故の再発を防止するためには、4で述べた事故再発防止策を徹底し、常にこれを発展させることにより、事業運営の在り方を検討することが求められる。そこで、これまでの検証内容と重複する部分があるが、本事故検証委員会として次の提言を行う。

事業を運営する者は、変わりゆく自然の状況や参加者の状態など様々なリスクを念頭におきながら、それを十分に理解した上で、日常における安全意識の高揚を図るとともに、事故防止を最優先に考えなければならない。

また、今回の事故の発生においては、複数の要因が考えられることから事業の運営者はあらゆるリスクを想定し、関係者が多面的に意見交換を尽くした上で、綿密な事業企画書（案）に事業運営マニュアルを添付して事業の実施を決定すべきである。本事故検証委員会は、今回のことを単に不幸な事故であったと終わらせることがないようにするため、限られた時間の中で様々な立場から真摯に事故を検証し、再発防止策を策定した。

邑南町職員は、今後、当該報告書を指針として参考にしながら、危機管理マニュアル、安全管理マニュアル、個々の事業運営マニュアルを策定するとともに、各事業の振り返りを基にこれらのマニュアルの再考や定期的な研さんに基づく日常業務を含めた確認の励行を行い、事故防止の重要事項を徹底的に体に覚えこませることでその意識が醸成されることを期待する。

報告書の最後において、当該児童の御冥福を心からお祈りするとともに、その御家族に改めてお悔み申し上げる。

本事故検証委員会は、邑南町において二度とこのような事故が起きないこと、邑南町職員がこの事故を他人事にせず責任と危機感をもって職務を遂行することを切に願ひ、提言をしめくくることとする。

邑南町デイキャンプ事故検証委員会 委員

氏名 (役職)	区分	所属・職名等
中村 健太 (委員長)	弁護士	山本一志法律事務所(広島弁護士会)
尾原 敏則 (副委員長)	学識経験者	独立行政法人青少年教育振興機構 国立三瓶青少年交流の家 所長
渡部 広明	医師	国立大学法人島根大学医学部 Acute Care Surgery 講座 教授 国立大学法人島根大学医学部附属病院 高度外傷センター センター長 国立大学法人島根大学医学部附属病院 病院長補佐
須崎 康臣	学識経験者	国立大学法人島根大学教育学部 保健体育科教育専攻 講師
高島 尊子	学識経験者	しまね放課後児童支援 スーパーバイザー

邑南町デイキャンプ事故検証委員会条例をここに公布する。

令和5年10月4日

邑南町長

邑南町条例第34号

邑南町デイキャンプ事故検証委員会条例

(設置の目的)

第1条 公民館主催のデイキャンプ中に参加児童が死亡した事故(以下「本件事故」という。)に関して、本件事故の検証と再発防止のための措置に関し必要な事項について調査審議するため、邑南町デイキャンプ事故検証委員会(以下「委員会」という。)を置く。

(所掌事務)

第2条 委員会は、次に掲げる事項について調査審議を行うものとする。

- (1) 本件事故の経過に関する事。
- (2) 本件事故の原因の究明及び再発防止に関する事。
- (3) 前2号に掲げるもののほか、前条に規定する設置目的を達成するために必要と認められる事。

2 委員会は、調査審議を終えたときは、報告書を作成し、町長に報告する。

(組織)

第3条 委員会は、委員5名以内で組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから町長が委嘱する。

- (1) 医師
- (2) 弁護士
- (3) 学識経験を有する者

3 町長は、委員が本件事故に関して利害関係を有する者であると判断したときは、当該委員の委嘱を解く。

4 委員の辞職等により欠員が生じたときは、町長は新たな委員を委嘱することができる。

(委員の任期)

第4条 委員の任期は、委嘱の日から第2条第2項に規定する報告書を作成し、町長へ報告する日までとする。

(委員長及び副委員長)

第5条 委員会に委員長及び副委員長1人を置く。

2 委員長は、委員の互選によってこれを定め、副委員長は委員のうちから委員長が指名する。

3 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。

- 4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるとき又は委員長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 委員会の会議は、委員長が招集し、その議長となる。

- 2 委員会の会議は、委員の過半数が出席しなければ開くことができない。
- 3 委員会の議事は、原則として出席委員全員の一致により決するものとする。ただし、出席委員全員の一致が見られないときは、議長の判断により、出席委員の過半数によって決することができる。
- 4 委員会は、必要があると認められるときは、関係者の出席を求め、意見若しくは説明を聴き、又は関係者に資料の提出を求めることができる。

(委員の責務)

第7条 委員は、公正かつ公平に調査審議を行わなければならない。

- 2 委員は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、総務課において処理する。

(委任)

第9条 この条例に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が委員会に諮って定める。

附 則

(施行期日)

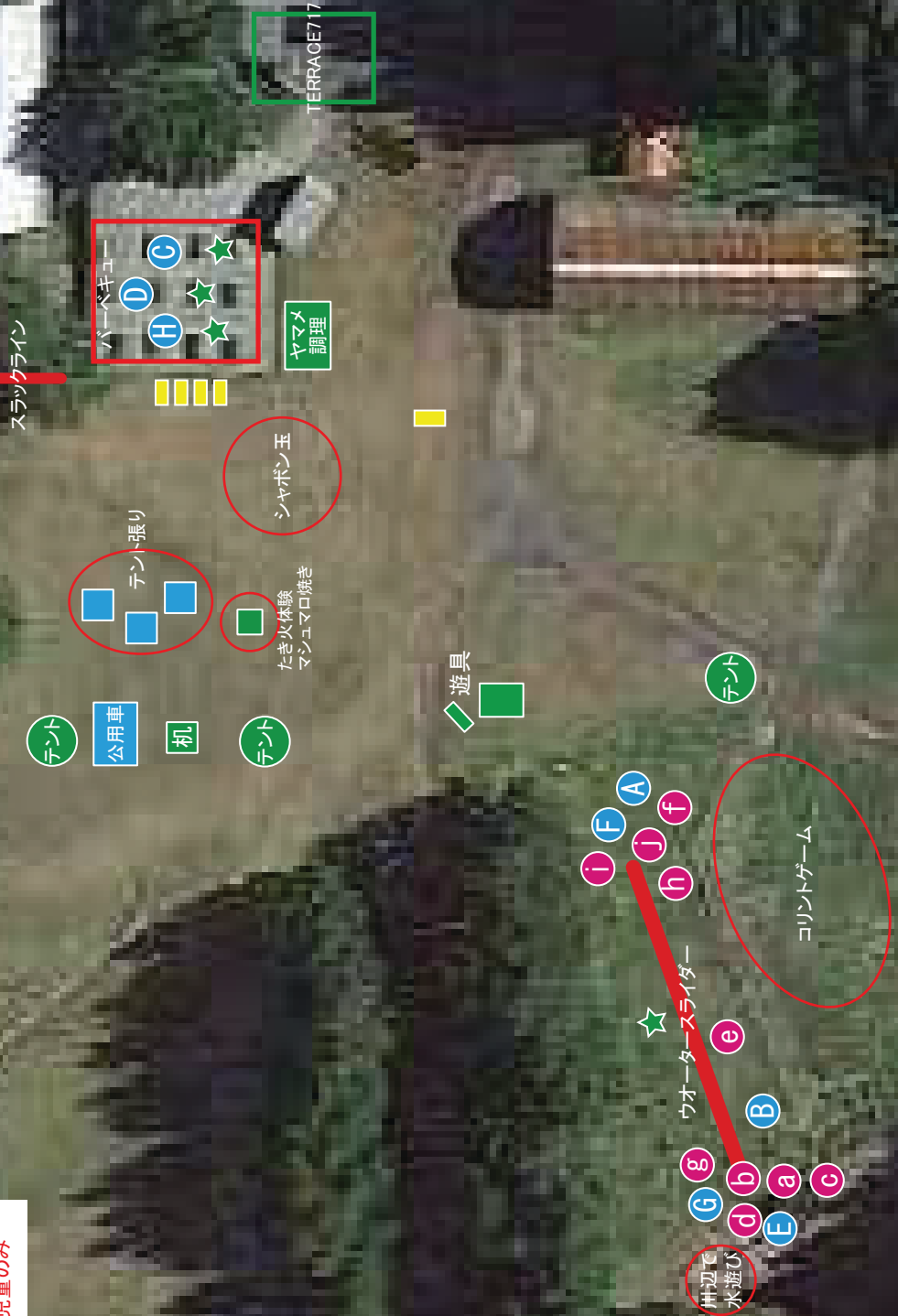
- 1 この条例は、公布の日から施行する。
(邑南町特別職の職員で非常勤のものの報酬及び費用弁償に関する条例の一部改正)
- 2 邑南町特別職の職員で非常勤のものの報酬及び費用弁償に関する条例(邑南町条例第43号)の一部を次のように改正する。

略

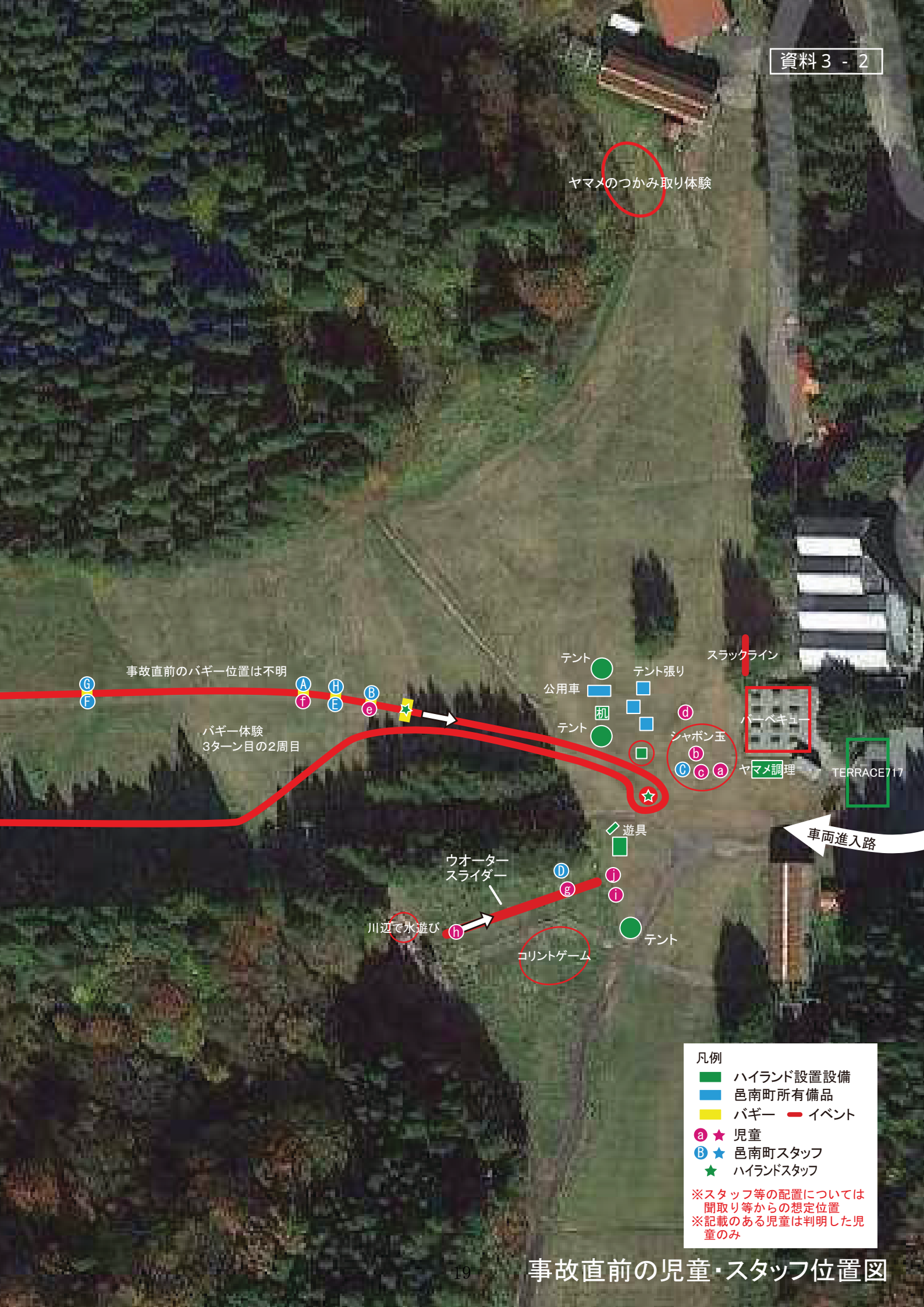
凡例

- ハイランド設置設備
- 邑南町所有備品
- バギー
- イベント
- ★ 児童
- ★ 当該児童父
- ★ 邑南町スタッフ
- ★ ハイランドスタッフ

※スタッフ等の配置については聞取り等からの想定位置
 ※記載のある児童は判明した児童のみ



11時12分児童・スタッフ位置図



ヤマメのつかみ取り体験

事故直前のバギー位置は不明

バギー体験
3ターン目の2周目

ウォーター
スライダー

川辺で水遊び

コリントゲーム

テント

公用車

テント

テント張り

スラックライン

バーベキュー

ヤマメ調理

TERRACE717

車両進入路

遊具

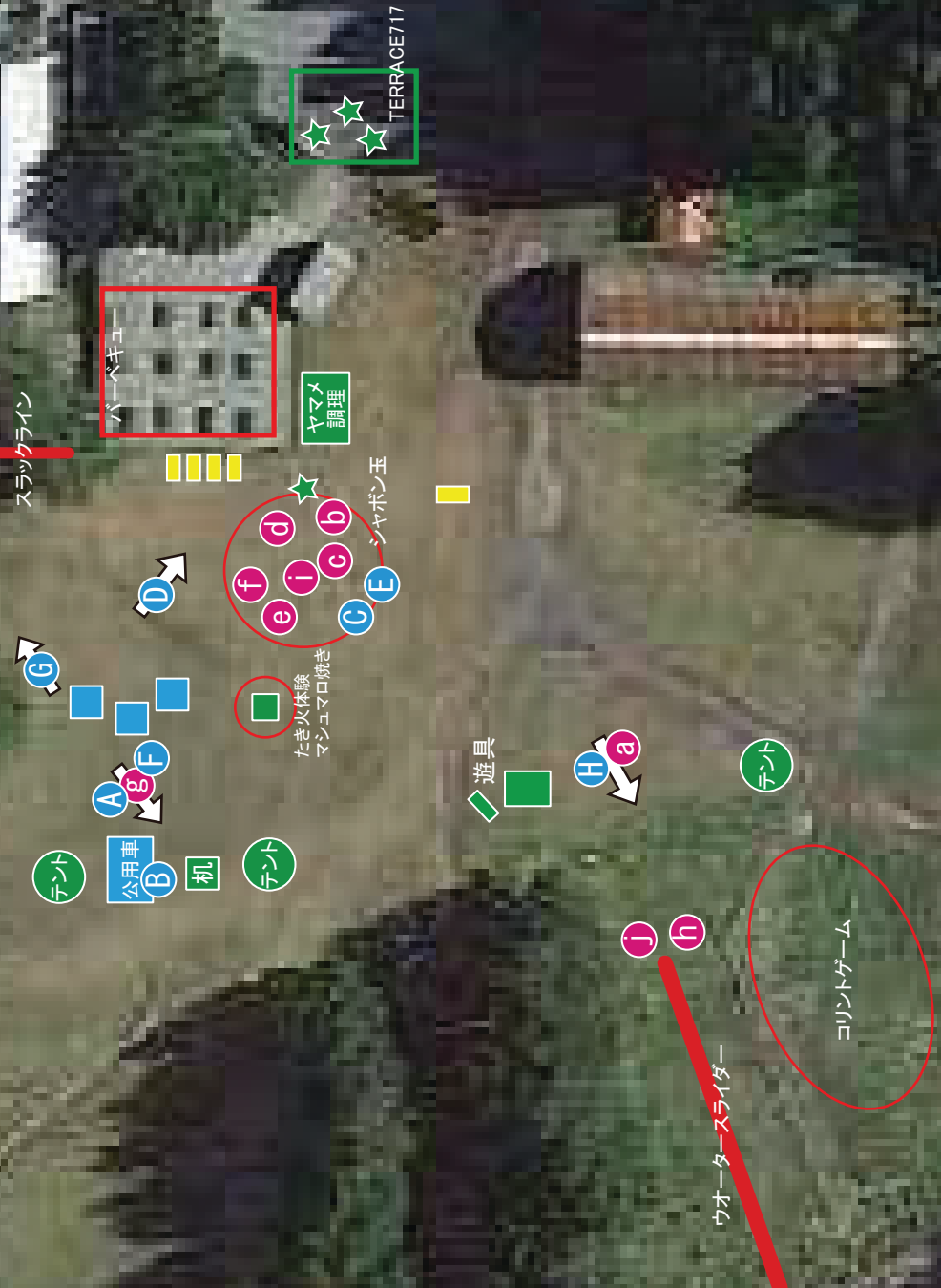
テント

- 凡例
- ハイランド設置設備
 - 邑南町所有備品
 - バギー ■ イベント
 - a ★ 児童
 - B ★ 邑南町スタッフ
 - ★ ハイランドスタッフ
- ※スタッフ等の配置については
開取り等からの想定位置
※記載のある児童は判明した児童のみ

凡例

- ハイランド設置設備
- 邑南町所有備品
- バギー
- ★ 児童
- ★ 当該児童父
- 邑南町スタッフ
- ハイランドスタッフ

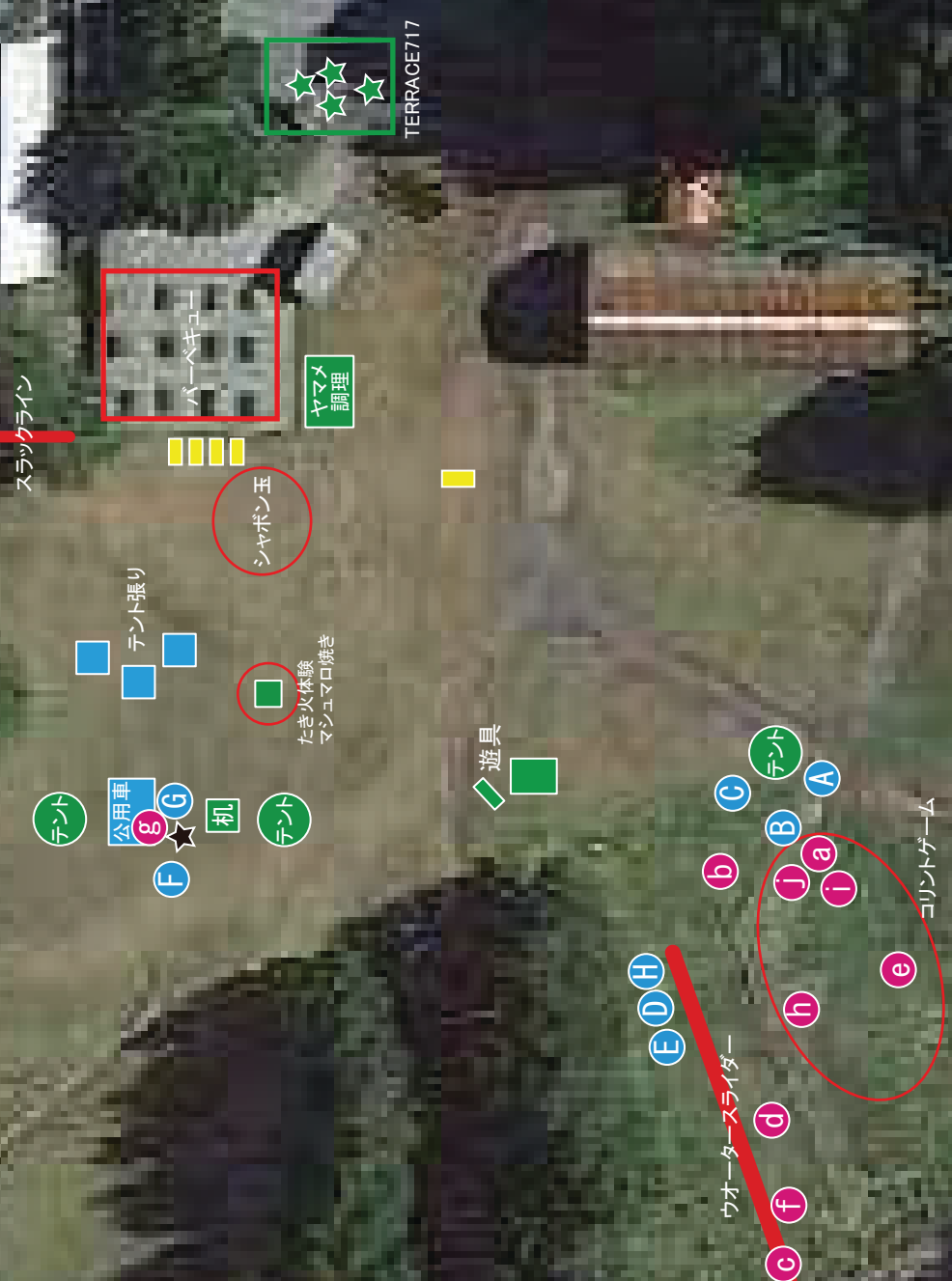
※スタッフ等の配置については聞取り等からの想定位置
 ※記載のある児童は判明した児童のみ



凡例

- ハイランド設置設備
- 邑南町所有備品
- バギー
- ★ 児童
- ★ 当該児童父
- ★ 邑南町スタッフ
- ★ ハイランドスタッフ

※スタッフ等の配置については聞取り等からの想定位置
 ※記載のある児童は判明した児童のみ



8. 24までの経緯 公民館スタッフ2名（スタッフA、スタッフB）

日時	内容
6月中旬頃	A公民館のスタッフAからB公民館のスタッフBへ交流事業の提案 瑞穂ハイランドでの開催とし、地元B公民館のスタッフBが施設との連絡調整
6月28日(水)	瑞穂ハイランドへ事業の問い合わせ(スタッフB)
7月5日(水)	瑞穂ハイランドでの打ち合わせ(スタッフA、スタッフB) 日程、人数規模、内容、レンタル単価、現場を確認 ・モルックの持参、テントベース作り、ヤマメのつかみ取り、バギー利用は可能であることの確認 ・午前中は、テント設営、ヤマメのつかみ取りをすること ・午後は、遊び(フリータイム)
7月10日(月)	瑞穂ハイランドからの見積書メール受信(スタッフB) プラン詳細提示あり 9:00 到着 10:00 テント設置体験 11:00 やまめのつかみ取り体験 12:00 バーベキュー開始 13:00 水遊び・コリントーゲーム 14:00 モルック体験 15:30 テント片付け
7月12日(水)	チラシ(案)作成 メール(スタッフB→スタッフA)
7月18日(火)	チラシ(案)共催団体についてメール(スタッフB→スタッフA) チラシ(案)共催団体の追記依頼(スタッフA→スタッフB) 瑞穂ハイランドへチラシのためのロゴ使用許可依頼(スタッフB) 「デイキャンプを楽しもう in 瑞穂ハイランド」の計画を起案(スタッフB) (内容) 日時: 8月24日 8:30~17:00 場所: 瑞穂ハイランド 主催: A公民館、B公民館 共催: A児童クラブ、B児童クラブ、B子供育成会、A地区自治協議会、B自治会 参加費: 1,000円 工程: 8:30 A公民館出発 8:45 B公民館出発 9:00 瑞穂ハイランド到着→オリエンテーション 9:30 テント設営 10:30 ヤマメつかみ取り 11:30 昼食(バーベキュー)

日時	内容
	12:30 フリータイ (川遊び、モルック、スライダー等) 16:00 テント等片付け 16:30 瑞穂ハイランド出発 16:45 B公民館到着 17:00 A公民館到着 予 算：A公民館・B公民館運営費 共催団体からの補助 特記事項： けが人、体調不良者が発生した場合の対応について けがや具合の程度に応じて救急処置を行う。また、必要に応じて消防署へ連絡、病院へ搬送する。その際、公民館主事はこれに同行し、学びのまち推進課長（連絡がとれない場合は補佐）に報告する。
7月19日(水)	共催団体追加のメール (スタッフB→スタッフA)
7月20日(木)	教育委員会にて決裁。A公民館とB公民館で合議。 B公民館(館長)→A公民館(スタッフA・館長)→学びのまち推進課→教育長 各公民館で共催団体へのチラシ配布、事務連絡
7月20日 ～21日(金)	A小学校(11名)、B小学校(10名)へチラシ配布依頼
8月上旬	A自治協議会からバギー体験部分の支出可能であることを連絡(スタッフA) バギー体験可能であることを連絡(スタッフA→スタッフB)
8月8日(火)	参加者名簿の確認(スタッフB→スタッフA)
8月15日(火)	LINEで当該児童父親へ参加の検討依頼(スタッフB)
8月17日(木)	瑞穂ハイランドとの打ち合わせ(B公民館)(スタッフB) テント、冷凍庫使用、昼食、バギー体験金額の確認 打ち合わせ結果についてメール(スタッフB→スタッフA)
8月18日(金)	加申し込み〆切 申込児童数(A小5名 B小5名 C小1名)
8月22日(火)	当該児童父親から参加申込みの相談あり。 事業内容を伝える。(スタッフB) 同日、LINEにて当該児童の参加申込みあり。
8月23日(水)	当該児童父親にLINEにて当日の雨具と着替えを依頼。(スタッフB) 同日、当該児童父親と当該児童の体調について電話連絡。 当該児童所属の児童クラブスタッフへも連絡済みであることを伝達。 前日までの申込み児童数(A小5名 B小6名 C小1名)
8月24日(木)	「デイキャンプを楽しもう in 瑞穂ハイランド」実施 当日参加児童数(A小5名 B小4名 C小1名 2名欠席)

8月24日(木)

「デイキャンプを楽しもう in 瑞穂ハイランド」実施

当日参加児童数 (A小5名 B小4名 C小1名 2名欠席)

起案時の計画		当日実施	
8:30	A公民館出発	8:45	A小学校出発
8:45	B公民館出発	9:10	B公民館出発
9:00	瑞穂ハイランド到着 オリエンテーション	9:15	瑞穂ハイランド到着 オリエンテーション (自己紹介)
9:30	テント設営	9:30	テント設営
		10:00	薪の火付け体験
		10:09	遊具で遊ぶ
10:30	ヤマメつかみ取り	10:30	ヤマメつかみ取り
		10:50	ヤマメ調理体験
11:30	昼食 (バーベキュー)	11:00	ウオータースライダー
12:30	フリータイム (川遊び、モルック、スライダー等)	11:30	昼食 (バーベキュー)
			スラックライン
		13:30	マシュマロ焼き
		13:45	バギー体験
			フリータイム (シャボン玉、スライダー、コリントゲーム)
16:00	テント等片付け		
16:30	瑞穂ハイランド出発		
16:45	B公民館到着		
17:00	A公民館到着		

※赤字については当日瑞穂ハイランドから提供されたもの

デイキャンプ事業で発生した事故事実経過（調査チーム報告）

令和5年8月24日(木)開催のA・B公民館合同事業「デイキャンプを楽しもう in 瑞穂ハイランド」時系列一覧表

1. 参加者

○児童 10名 a・b・c・d・e・f・g（当該児童）・h・i・j

○スタッフ 8名

A公民館 **A主事**、**C事務員**、B公民館 **B主事**

A児童クラブ **D支援員**、**E支援員**、B児童クラブ **F支援員**、**G支援員**

A自治協議会 **H会員**

2. 邑南町役場

○**町長**、**副町長**、**教育長**

学びのまち推進課 **A課長**、**イ職員**、**ウ職員**、**エ職員**、**オ職員**、**カ職員**

総務課 **総務課長**、**キ職員**

時間	内容
8:30 頃	A小学校出発
9:10 頃	B公民館到着後、全員で出発
9:25 頃	瑞穂ハイランド到着後、オリエンテーション（自己紹介）
9:30 頃	テント張り体験（着替え等荷物はテント内に置く）
10:00 頃	薪の火付け体験
10:05 頃	自由時間（遊具で遊ぶ）
10:30 頃	ヤマメつかみ取り体験開始
10:50 頃	ヤマメ調理体験開始
11:00 頃	調理体験を終了した児童（ a 、 c 、 d 、 e 、 f ）が沢遊びを行う （ B主事 ・ G支援員 が同行） 沢遊びと調理体験を終了した児童が徐々にウオータースライダーへ移動 （ A主事 、 B主事 、 E支援員 、 F支援員 、 G支援員 が見守り）
11:30 頃	バーベキュー（昼食）開始
12:50 頃	食べ終えた児童は順次、スラックライン、テントで遊ぶ
13:30 頃	マシュマロ焼き
13:45	バギー体験スタート バギー体験場所に全員で移動して、説明を受ける。 ⇒1台に2名。助手席に子どもが乗車。1回2往復で3回行う。
13:55	1ターン目のバギー体験スタート 1号車： B主事 と j 2号車： H会員 と c 3号車： A主事 と b 4号車： C事務員 と h ・体験前の児童6名は芝生上で待機。 D支援員 、 E支援員 、 F支援員 、 G支援員 が見守り
14:05	1ターン目のバギー体験終了（ C事務員 バギースタート周辺で見守り開始）
14:08	バギー体験2ターン目スタート 1号車： B主事 と i 2号車： H会員 と a 3号車： A主事 と d 4号車： D支援員 と 当該児童 ・体験前の待機児童2名。体験を終了した児童4名。 C事務員 、 E支援員 、 F支援員 、 G支援員 が見守り

14:18	<p>2ターン目のバギー体験終了</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ D支援員と当該児童がバギーから降りて一緒に遊具方面に移動を始める ・ F支援員・G支援員がD支援員を呼び止め、「私たちはこれからバギーに乗るので、当該児童を見てほしい。(当該児童)は転んで頭を打つことがあるので(普段)気をつけている。」と伝える。 ・ D支援員がF支援員・G支援員から当該児童を見てほしいと頼まれた時、当該児童はすでにウォータースライダー付近に居た状態だった。 ⇒D支援員はバギー位置からスライダー方面に移動して当該児童の見守り開始
14:23	<p>バギー体験3ターン目スタート</p> <p><1周目></p> <p>1号車：B主事とe 2号車：H会員とE支援員 3号車：A主事とf 4号車：運転F支援員と助手席G支援員</p> <p><2周目></p> <p>1～3号車：運転・助手席の乗車場所同じ 4号車：運転G支援員と助手席F支援員</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 8名の児童がフリー状態（見守り可能スタッフC事務員とD支援員） 当初はバギー体験が終了した児童はバギーの様子を見ていた。 ⇒a、b、cはシャボン玉に移動（C事務員が見守り） ⇒h、i、jがスライダー付近に移動
	<p>当該児童はスライダー緩斜面部分を立って歩いたり滑っていた</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ D支援員が当該児童に「危ないから座って」と注意していた ・ 当該児童はスライダーの遊び始めに転んでいる。 （D支援員は当該児童転が転んだ時の状況は覚えていない）
14:25	<p>ウォータースライダーにて児童同士が接触</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ スライダーのゴール2～3m手前で遊んでいた当該児童をD支援員が付近で見守り中、上から滑り降りてきたhと接触。 ⇒接触直前には当該児童はゴールに向かって左側に寄って座っていた （D支援員は、座っていた当該児童の姿勢は覚えていない） ・ D支援員は当該児童を注視。上から滑り降りてきたhを見ていない。 ・ D支援員は滑り降りたhのスピードは覚えていない。 ・ 前向きで滑り降りたhは、ゴールに向かって左側に座っていた当該児童の右側に接触しその場で止まり当該児童は左斜め側に倒れたと思うと聞き取る。 ・ 接触後の当該児童は、自力でスライダーを出て、泣きながら正座したが直後に頭を伏せた。 ・ 泣き続ける当該児童をD支援員は「大丈夫？」となだめ続けた。 ・ 泣き止まないため、当該児童を抱えて緩斜面下に移動を始める。
14:30	<p>バギースタート周辺に居たC事務員がスライダー方面で子どもの泣き声を聞き、その場所に移動。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ C事務員は現場付近にいたi・jから「(B児童クラブの)支援員さんはいませんか？」と聞かれる。
14:32	<p>バギー体験終了。10名の児童がフリー状態</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ バギー終了後のeがシャボン玉に合流（児童3名⇒4名） ⇒C事務員、E支援員、H会員が見守り 当該児童を抱えて緩斜面を下るD支援員をF支援員が見つけて駆け寄る
上と同時	<p>C事務員はバギー乗車後のF支援員・G支援員に「ウォータースライダーで（当該児童が）ぶつかって泣いているのですぐに行ってあげてください。」と伝える。</p>
14:33	<p>D支援員に代わり、F支援員が当該児童を抱えてテントまで移動。 （D支援員・G支援員が同行）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ F支援員が当該児童に「(当該児童)くん。どうした？大丈夫？」「どこか痛い？」「痛いの？」と声掛け。 ・ 「痛いの？」と聞いたときに「ワーッ」と泣き出し、額をトントンと叩き、その後ボーッとしていた。（眠る前の状態と判断）⇒熱中症だと思った。

	<p>A主事がバギー後にトイレに行った帰り、合流したB主事と共に、F支援員が当該児童を抱えて歩いているのを見つける。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・A主事・B主事が「大丈夫ですか？」と声掛け、F支援員が「熱中症だと思う。衣類交換をして涼しいところに移す。」と答える。 <p>スライダー遊びで服が濡れているためテントにてF支援員が衣類交換を行う。</p> <p>⇒G支援員がD支援員に当時の様子を聞くため、D支援員と共にスライダー付近に移動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・G支援員とD支援員が話していたらh・jが近寄りぶつかったときの状況を話す。「(当該児童に) 止まろうと頑張ったけどあたってしまった。」 ⇒G支援員がD支援員にぶつかったときの状態を聴取 ・「ぶつかったときは立っていた？座っていた？」⇒「座っていた」 <ul style="list-style-type: none"> ・当該児童の衣類交換中のF支援員「どこか涼しいところを！」 ⇒B主事「自分の車を使ってください。」と伝え公用車方面へ移動 ・D支援員・G支援員はテント方面へ戻る。 ・F支援員・G支援員が当該児童を見守り (後部座席：F支援員、車外助手席側：G支援員) <p>B主事が合流しF支援員・G支援員に当該児童の様子を確認</p> <p>B主事は、G支援員が「電話しようか・・・」と言っているのが聞こえた。</p> <p>⇒B主事「119ですか？」⇒G支援員「親さんです。」</p>
14:36	シャボン玉で遊んでいる児童7名 (a 、 b 、 c 、 d 、 e 、 f 、 i)
14:37	<p>当該児童を迎えに来てもらうためG支援員が当該児童父へ連絡</p> <p>⇒G支援員の携帯電波が繋がりにくかったため連絡ができない。</p> <p>aがシャボン玉からスライダー方面へ移動 (H会員が同行) (児童7名⇒6名)</p> <p>bがシャボン玉からスライダーに移動 (児童6名⇒5名)</p>
14:38	<p>衣類交換後F支援員・A主事が当該児童を抱えて公用車に移動</p> <p>⇒冷房をつけた公用車の助手席を倒し当該児童を横にする</p> <p>B主事の携帯を使いG支援員が当該児童父に連絡 (応答なし)</p> <p>D支援員が当該児童を拭いたタオル等をもって建物方面に移動</p> <p>D支援員はタオル等を片付けた後スライダー付近に戻り見守り再開</p>
14:45	<p>A主事・B主事はG支援員から「何か冷やすものはないか？」と聞かれた</p> <p>⇒A主事・B主事は公用車トランクより保冷剤を出してF支援員・G支援員に渡す</p> <ul style="list-style-type: none"> ・横になった当該児童の頭や首元を保冷剤で冷却 ⇒直後に当該児童は「いびき」を伴った就寝状態 ⇒就寝を確認したB主事は公用車付近から離れシャボン玉へ移動 C事務員がテント付近に移動 <p>A主事がfがテント方面から建物 (TERRACE717) 方面へ移動している姿を確認</p> <p>⇒公用車付近を離れfに付き添う⇒A主事はfをなだめて落ち着かせた (他の児童とけんかして「ここから帰れ！」と言われたため)</p> <p>dがシャボン玉からスライダーに移動 (児童5名⇒4名)</p>
14:46	シャボン玉で遊んでいる児童 (e 、 h 、 i 、 j)
14:49	<p>当該児童父から折り返しB主事の携帯に連絡有り</p> <ul style="list-style-type: none"> ・B主事は公用車に戻りG支援員に携帯を渡す ⇒G支援員は当該児童の状態を当該児童父に伝え、迎えを依頼する。 <p>電話終了後B主事はG支援員から携帯電話を受け取り、シャボン玉に戻る。</p>
14:50	<p>当該児童が寝ていることを確認したF支援員は当該児童の荷物を片付けるため、公用車から離れテントに移動</p> <p>⇒F支援員の位置にG支援員が移動 (車外助手席側⇒後部座席)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・G支援員は当該児童を寝かせるためにおなかをトントンと叩いてあやす <p>F支援員は当該児童の荷物を片付け後、スライダー付近に移動しD支援員に「当</p>

	<p>当該児童くんは寝ている」と声をかける。 (D支援員が当該児童のことを心配しているため状況を伝達) F支援員は当該児童父の車到着を確認したため誘導のためテント方向に移動 シャボン玉で遊んでいた児童全員がコリントゲームに移動⇒B主事が同行</p>
14:58	<p>コリントゲームで遊んでいる児童 (a、e、h、i、j) ⇒B主事、A主事が見守り スライダーで遊んでいる児童 (d、他は不明) ⇒H会員、D支援員、E支援員が見守り</p>
15:00 頃	<p>当該児童父が公用車に到着 ・G支援員が公用車のドアを開け当該児童を抱えようとしたが重くてできず ⇒当該児童父が当該児童を抱えたところ、当該児童が呼吸していないことに気づき、G支援員に119番通報を依頼する。 F支援員がAEDを探しに行く⇒バレーサイドにはAEDなし ・ハイランドスタッフが公用車周辺に集まってくる 当該児童父が人工呼吸及び心臓マッサージ (BLS) をテント周辺の机で開始</p>
15:05	<p>G支援員が119番にかけようとして間違えて110番に通報 ⇒G支援員「頭を打った子どもが居て・・・」と話す。 ⇒G支援員は警察から「もう1台でかけて」と言われ、F支援員に「119にかけて」と伝える。</p>
スライダー ー近辺	<p>ウォータースライダーで遊んでいる児童が興奮状態で危険な状態のため、スタッフの判断で中止とする。</p>
15:06	<p>A主事があ課長へ連絡</p>
15:07	<p>F支援員はG支援員に「119にかけて」言われたため119番に通報</p>
15:09	<p>A主事がイ職員へ連絡</p>
15:10	<p>イ職員が教育長へ情報伝達。 ・事故対応のためイ職員・力職員が現場へ向けて出発 教育委員会事務局にて情報収集開始</p>
15:10	<p>他の子どもはテントで着替え及び建物内へ移動し水分補給等行う</p>
15:25	<p>救急車が瑞穂ハイランドへ到着。まもなくパトカー到着。</p>
15:37 頃	<p>救急車が瑞穂ハイランドを出発</p>
15:45 頃	<p>イ職員からウ職員に「現場から離れられないので病院対応願いたい」 ⇒ウ職員は邑智病院へ向けて出発 (ウ職員はオ職員へ情報伝達し、後の対応を依頼)</p>
15:55 頃	<p>救急車が邑智病院へ到着。総務課長より町長・副町長へ連絡。</p>
16:05 頃	<p>ウ職員は、病院到着後の先行して来院しているキ職員と情報共有 ・緊急搬送されてからの当該児童の状況 (意識の有無等) ・CT検査中であること ・ドクターヘリを要請している模様 ・搬送先はまだ決まっていない。</p>
16:07 頃	<p>当該児童両親が邑智病院に到着</p>
16:08 頃	<p>当該児童はCT検査終了後、救急処置室に戻る。 (人工呼吸器具 (バッグバルブマスク) を使用している様子を確認)</p>
16:09	<p>ウ職員がイ職員に病院到着後の状況報告</p>
16:10 頃	<p>町長・副町長が待合室に到着 (副町長は邑智病院来訪中) ⇒当該児童両親と言葉を交わす</p>
16:30 頃	<p>ドクターヘリがいわみスタジアムに16時50分に降りるとの情報あり</p>
16:43	<p>ウ職員から教育長へドクターヘリの情報伝達</p>
17:00 頃	<p>搬送先は出雲市内の病院との情報あり</p>
17:23	<p>ウ職員から教育長へ搬送先の情報伝達</p>
17:30 頃	<p>搬送先にウ職員とキ職員で行くことを副町長に相談⇒承諾</p>
17:32	<p>ウ職員から教育長へ情報伝達 (搬送先にはウ職員・キ職員が行く)</p>

17:34	教育長 から ウ職員 へ連絡（教育長自ら搬送先へ行く） ⇒ 副町長 と キ職員 に転送先へは 教育長・ウ職員 で行くことを報告⇒承諾
17:35 頃	ウ職員 は搬送先へ 教育長 と赴くため邑智病院から元気館へ向かって出発
18:11	ウ職員 から イ職員 へ状況確認⇒情報伝達 ⇒元気館到着後、 ウ職員 と オ職員 が情報共有
18:15 頃	当該児童 がドクターヘリにて出雲市内の病院へ出発 教育長・ウ職員 が同所へ向けて元気館を出発
18:32	ウ職員 から イ職員 へ状況報告（ オ職員 が元気館で情報収集とマスコミ対応）
18:40 頃	町長・副町長 が瑞穂ハイランドへ到着⇒現地確認 教育長 から B小学校長 へ状況確認と児童と教職員への対応を相談 教育長 から A小学校長 へ状況確認 教育長 から 工職員 へ当該学校へのカウンセリング（SC）対応を依頼
18:50	キ職員 と ウ職員 が情報共有 ・総務課にマスコミから問合せ有り ・教育委員会のマスコミ対応状況について確認 （教育委員会事務所（元気館）にて ア課長 、 工職員 、 オ職員 で対応中）
19:30 頃	教育長・ウ職員 が出雲市内の病院に到着⇒ B小学校長 と合流（手術中を確認）
20:05	総務課長 から ウ職員 へ状況確認（「現在手術中」と報告）
21:30 頃	緊急手術終了し集中治療室へ ⇒ 当該児童 の状態ついて、 教育長 ほか説明を受ける
22:30 頃	教育長・ウ職員 は病院を離れる

検証にあたっての基本的な考え方

本検証は、民事・刑事上の責任追及やその他の訴訟等への対応を目的とするものではなく、学校管理の観点から、事故の原因や問題点を明らかにするとともに、今後の児童生徒等の事故防止及び安全管理等の改善策を検討し、類似の事故の再発防止に資することを目的としている。

そのためには、学校及び教育委員会による基本調査の結果をもとに、設置要綱に示された事項について、現地調査、聴き取り、資料の収集など必要な詳細調査を行うこととした。

なお、詳細調査の移行の判断に当たっては、遺族等の意向に十分配慮することとする。事故の再発防止は誰もが願うものであり、そのために関係者や関係機関から善意に基づく協力を得られることが、検証の大前提となることは、言うまでもない。したがって、提供された資料や聴き取り等で得た証言の検討に際しては、意図的に事実と異なる情報が含まれたり、悪意を持って情報が秘匿されたりすることはないものと考ええる。一方で、人の記憶は必ずしも正確ではなく、同じ事象でも受けとめ方によっては全く異なる認識となる場合があることなどから、提供された様々な情報を総合的に判断して事実を認定することが必要となる。得られた情報に基づく事実認定は、公正・中立な観点で誠実に実施し、その結果として事実と認定された事項は断定表現で記載した。他方、得られた情報が限られるなどの理由で事実を認定するまでには至らない場合でも、重要な証言等についてはそれらを記載し、互いに矛盾や相違のある情報はどちらも併記することとした。事故要因の分析と評価にあたっては、多様な視点から多角的に検討を重ねることが必要であり、中には必ずしも確からしさが高いとは言えない資料や証言等もある。しかし、それらについても、今後の安全確保に関連する事であろう事柄には「疑わしきは取り上げる」という考え方に立ち、積極的に取り上げることとした。ただし、それらの分析結果は、推定の確からしさの程度に応じて、下表のように用いる表現を区別している。

【分析及び評価における文末表現】

推定の確からしさ	用いた表現
断定できる場合	である、しているなど
ほぼ間違いない場合	と推定される
可能性が高い場合	と考えられる
可能性がある場合	の可能性はある
可能性が否定できない場合	の可能性が否定できない
明らかにできなかった場合	を明らかにすることはできなかった

なお、この考え方及び文末表現は、「大川小学校事故検証報告書」（平成26年2月大川小学校事故検証委員会）を参考に、一部改変して使用している。

上記を

「平成28年2月2日発生、広島県北広島町町立芸北小学校スキー事故検証委員会」が参照したものを邑南町デイキャンプ事故検証委員会として参照